

Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y su relación con la morbilidad. Hospital del Seguro Social de Guayaquil

Sofía Teresa Valdés Castro¹; Mario Damián Gómez Noriega²

(Recibido: julio 11, Aceptado: septiembre 2, 2019)

¹ Servicio de Emergencias. Hospital del IESS del Norte de Guayaquil. Los Ceibos. Guayaquil. Ecuador.

² MSc. Servicio de Cardiología. Hospital del IESS del Norte de Guayaquil. Los Ceibos. Guayaquil. Ecuador.

Email: mgomeznoriega@gmail.com

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo. Existen evidencias que demuestran que una adecuada adherencia (grado en que coincide la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario) mejora la calidad de vida, disminuye la mortalidad y los costos relacionados con esta entidad nosológica. El objetivo de este trabajo fue caracterizar la adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca y su relación con las complicaciones en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital del IESS del Norte de Guayaquil Los Ceibos. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de tipo exploratorio cuantitativo experimental, en el cual se analizó la variable adherencia al tratamiento y su relación con las complicaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se aplicó una encuesta que permitió conocer que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino, siendo la edad más frecuente entre 60 y 80 años. El 64% cumple con la dieta y sólo el 44 % realiza ejercicio físico. Apenas el 29% de los pacientes considera que puede discutir con su médico el tratamiento a seguir. El análisis estadístico por el método del Chi cuadrado permitió concluir que los pacientes con mayor adherencia al tratamiento presentan menos complicaciones. El estudio de comparación de costos que genera un paciente descompensado vs. los que genera uno que se encuentra estable demuestra que los costos son menores en pacientes con clase funcional I y II de la NYHA.

Palabras Clave: Insuficiencia Cardíaca, Adhesión, Tratamiento.

Adherence to treatment in heart failure and its relationship to morbidity and mortality. Social Security Hospital of Guayaquil.

Abstract

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the world. There is evidence to demonstrate that an adequate adherence (the degree to which a patient's behavior in relation to taking medication, following a diet or modifying life habits, matches the instructions provided by the doctor or health personnel) improves the quality of life, decreases the mortality and the costs related to this nosological entity. The objective of this work was to characterize adherence to the treatment of heart failure and its relationship to complications in patients treated in the outpatient clinic of the Hospital of the IESS of North Guayaquil Los Ceibos. A retrospective, cross-sectional, exploratory, quantitative experimental study was carried out, in which the variable adherence to treatment was analyzed to see its effect on the relationship between complications in patients and heart failure. A survey was conducted that revealed that the majority of patients were male, with the most common age being between 60 and 80 years. 64% meet the diet requirements and only 44% exercised. Only 29% of patients believe they can discuss the treatment to be followed with their doctor. Statistical analysis using the Chi squared method led to the conclusion that patients with greater adherence to treatment have fewer complications. The cost comparison study of unbalanced patients vs. the stable ones shows that costs were lower in patients with a functional class I and II on the NYHA score.

Keywords: Heart Failure, Adhesion, Treatment

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, específicamente al insuficiencia cardíaca (ICC), supone un verdadero reto para los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo, pues en número de ingresos y los costos por las hospitalizaciones se han incrementado dos veces en las últimas décadas, sin contar los gastos que genera para la sociedad el nivel de invalidísimo que provoca en determinados pacientes (1).

El objetivo principal del tratamiento de la ICC es disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, para ello se ha desarrollado muchas estrategias de tratamiento, que incluye la modificación de los estilos de vida, el tratamiento farmacológico, el uso de dispositivo y la cirugía. Es fundamental para éxito del tratamiento que exista una buena adherencia al mismo, algo no siempre se logra, lo que provocara sin dudas en el aumento de número de reingresos, que a su vez es un predictor independiente de mortalidad (2). Según Haynes la adherencia es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (3). La OMS por su parte la define como el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". Reconociendo que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras (4).

A continuación mencionaremos algunos datos que revelan el por qué es necesario que los pacientes tengan una adherencia adecuada al tratamiento según Grosso (5);

- Hacia el año 2000 en Estados Unidos se estimaba la aparición de 450.000 nuevos casos de ICC por año, con unos 250.000

fallecimientos anuales.

- Un estudio reciente reveló que en Estados Unidos el número de pacientes con ICC podría aumentar de 5 millones en 2012 a 30 millones en 2030.
- En mayores de 65 años la prevalencia de ICC puede alcanzar hasta el 5%.
- La aparición de nuevos casos en mayores de 65 años alcanza los 20 casos por 1000 habitantes y en otros grupos de edades de 2-3 nuevos casos por 1000 habitantes.
- Representa el 5% de las admisiones médicas en mayores de 65 años.
- La mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada es del 50% al año.
- La tasa de internación anual en pacientes con ICC grado III y IV de la New York Heart Association (NYHA) es del 15-30% y la tasa de reinternación en este mismo grupo, a los 3 y 6 meses oscila entre el 29 y el 47%.
- En Argentina la tasa de reinternación alcanza hasta el 50 %, mientras que la mortalidad en el primer año puede ir del 25-35%.
- En 2015, en Ecuador se registraron alrededor de 199.083 personas con insuficiencia cardíaca y 1.199 muertes por insuficiencia cardíaca. Esto representa aproximadamente 2 % de la población de 20 o más años de edad (6).
- En términos económicos se estima que en el año 2015 Ecuador el costo total de la insuficiencia cardíaca fue de 228 millones de dólares de los cuales 58 millones corresponden a costos en salud, lo que representa el 0,6 % del gasto total en este sector (6).

La presente investigación tuvo como objetivo general caracterizar la adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) y su relación con las complicaciones en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) del Norte de Guayaquil Los Ceibos. Para lo cual fue necesario identificar el nivel de prioridad que da el paciente al cumplimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas relacionadas con su enfermedad, describir la integración familiar en el cumplimiento del

tratamiento, analizar el impacto del personal médico en el cumplimiento del tratamiento, y comparar costos de la atención ambulatoria y por ingresos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de tipo exploratorio cuantitativo experimental, en el cual se analizó la variable independiente (adherencia al tratamiento) para ver su efecto sobre la variable dependiente (relación con las complicaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca).

Se realizó un estudio piloto con 15 pacientes a los cuales se les aplicó una encuesta validada con el fin de conocer algunos aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento y posteriormente. Además, se revisaron la historia clínica de los pacientes, para conocer el comportamiento de su enfermedad en el último año, así como la asistencia a consultas.

Participantes. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, de forma consecutiva hasta llegar a 100 pacientes, aplicándoles una encuesta. Se excluyeron de la investigación los pacientes con deterioro cognitivo, sin capacidad para responder dicha encuesta.

Variables y recogida de datos. Se estudiaron diferentes variables sociodemográfico, clínicas y las relacionadas con la adherencia al tratamiento. Las sociodemográficas, edad, sexo, raza. Las clínicas la clase funcional de la NYHA, ingresos, reingresos, fallecimiento, aparición de signos de descompensación cardiológica; y por último, las relacionadas con la adherencia al tratamiento y definidas en la encuesta aplicada. Se realizó una evaluación de los costos de acuerdo al tarifario de precios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Análisis estadístico. Los datos fueron introducidos en una base de datos de Microsoft Excel y analizados mediante el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 19. Las variables continuas se expresaron

como media y desviación estándar para aquellas con distribución simétrica, y con mediana y rango intercuartílico para aquellas con distribución asimétrica. Las variables categóricas se expresan como números absolutos y porcentajes. La asociación entre las puntuaciones de adherencia y variables clínicas o sociodemográficas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. La comparación estadística entre los grupos divididos por el punto de corte para la adhesión al tratamiento se hizo mediante la prueba de Mann-Whitney para las variables clínicas cuantitativas y la prueba de chi-cuadrado para las variables categóricas. Valor p bi-caudal <0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

El estudio estuvo integrado por una muestra de 100 pacientes de los cuales 68 fueron del sexo masculino y 32 del sexo femenino con un predominio claro de los hombres. En cuanto a la distribución por edades, el grupo etario más frecuente fue entre 60 y 79 años con un total de 54 pacientes, mientras que el grupo menos frecuente fue el de menos de 40 años, estos datos son concordantes con lo reportado en la literatura revisada (7) (8). El 24 % de nuestros pacientes tenían menos de un año de diagnóstico de la enfermedad, mientras que 59 pacientes tenían entre uno y 10 años y 17 más de 10.

Como hemos mencionado anteriormente aplicamos a nuestros pacientes una herramienta para poder definir la adherencia al tratamiento de cada uno de ellos. Para este fin se utilizó el cuestionario de adherencia al tratamiento anti hiperintensivo Martín-Bayarré-Grau. Este instrumento está compuesto por 12 afirmaciones, dando al paciente la opción de respuesta en una escala con la selección de una única respuesta de cinco posibles (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca). A continuación, presentamos una tabla con las respuestas a cada una de las interrogantes realizadas.

Tabla 1. Distribución de las respuestas obtenidas de la encuesta realizada a los pacientes

Aspectos a indagar	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
Toma los medicamentos en el horario establecido	73	18	9		
Se toman todas las dosis indicadas	65	23	12		
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	32	41	15	12	
Asiste a las consultas de seguimiento programadas	36	43	21		
Realiza los ejercicios físicos indicados	24	37	21	9	4
Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria	54	33	11	2	
Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	18	11	14	23	34
Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia y amigos	24	37	11	15	13
Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	64	25	8	3	
Su familia elabora su comida teniendo en cuenta sus restricciones de sal	43	26	18	13	3
Ud. y su médico analizan como cumplir el tratamiento	8	3	10	31	48
Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	8	7	15	27	43

La primera pregunta indagaba sobre si los pacientes tomaban sus medicamentos en los horarios establecidos en la prescripción médica. Las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma, 73 pacientes dijeron que siempre cumplían, con los horarios establecidos. En el segundo aspecto consultado se preguntaba si cumplían con las dosis prescritas y en este caso el 68 % respondió que siempre, 23 pacientes respondieron que casi siempre y 12 % a veces. Un estudio publicado en Brasil en 2015 informó que el 83% de sus pacientes cumplía siempre con la prescripción, según la receta (9). Esta diferencia puede estar influenciada en varios aspectos, en el estudio en cuestión los pacientes tenían un mayor grado de acompañamiento por el personal de salud (número de consultas), con acceso a los medicamentos; en nuestra serie al revisar el historial del paciente pudimos constatar que las consultan en muchos pacientes eran muy distantes (en ocasiones una o dos consultas en el año), también no siempre el paciente tuvo la misma medicación (a veces el cambio de prescripción no fue por criterios médicos, muchos cambios se debieron básicamente a

falta de determinados medicamentos en las farmacias de los diferentes hospitales donde fueron atendidos, e incluso en algunos casos no se cambió el medicamento sino que se prescribieron dosis diferentes o se fraccionaron las tomas porque no existía el medicamento con la dosis prescrita en consultas anteriores).

El tercer punto investigado se refiere al cumplimiento, por parte del paciente, de las indicaciones realizadas sobre el régimen dietético a seguir; a este respecto 32% de los pacientes respondieron que siempre cumplían, el 42% casi siempre, 15% confirmaron que a veces y 12% que casi nunca. Al contrastar nuestros resultados con otros estudios (9), pudimos comprobar que en efecto la cuestión dietética es una aspecto donde hay que trabajar fuertemente y donde es necesario realizar un mayor esfuerzo en la educación de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Según Silva y otros, solo el 3% de los pacientes de su serie no agregaban sal a las comidas después de terminadas su cocción, el 49% utilizaba salsas y condimentos con un alto contenido de sal, el 66% no cumplía con las recomendaciones

relacionadas con la ingesta de líquidos (incluidos refrescos, jugos, etc.)

En cuanto a la asistencia a las consultas programadas, el 36% asistió a todas las consultas, 43% de los pacientes a casi todas (solo faltó a una consulta) y 21% asistían a veces a la consulta (más de una inasistencia). En otros reportes consultados hasta el 83% de los pacientes dijo haber faltado aunque sea una vez a las consultas de seguimiento (9). Analizando los datos que recogimos de las historias clínicas de los pacientes, pudimos ver los pacientes no siempre reciben atención en el mismo centro médico, en ocasiones son asignados a casas de salud que quedan lejos de la casa, si a esto sumamos que por las edades de nuestros pacientes muchas veces precisan de ayuda de una tercera persona para que lo acompañe y en otras ocasiones simplemente olvidan las consultas. Estos son aspectos que pueden contribuir a que no siempre asistan a las citas programadas. La accesibilidad es uno de los factores que puede contribuir directamente con una adecuada adherencia al tratamiento.

Solo el 44% de nuestros pacientes realiza ejercicio de forma regular. Sin embargo, en la pregunta de la encuesta relacionada con la realización de ejercicio físico el 24% de los pacientes respondió que siempre hacía, 37% afirmó que casi siempre, 21% a veces, 9 pacientes dijeron que casi nunca y 4 que nunca, mientras que 5% de los pacientes no respondieron a esta pregunta. En un estudio donde se medía la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se constató que el cerca del 30% de los pacientes realizaban ejercicio físico pero solo el 17% de forma regular (10), otro estudio reporta que los pacientes que además de la ICC sufren de hipertensión arterial, tienen dificultad para mejorar su estilo de vida, incluyendo la realización de ejercicio físico (11). En el sexto acápite interrogábamos sobre si podía acomodar sus horarios a las actividades de la vida diaria encontrándose que en el 54% de los casos respondió que siempre podía, mientras que 33% casi siempre y 13% casi nunca o nunca. La importancia de poder acomodar los horarios de medicación a las actividades diarias radica en que el cumplimiento sea más

efectivo; (9) recordar que el 66% de nuestra muestra tiene más de 60 años por lo que muchos de nuestros pacientes están en edad de jubilación, lo que facilita que puedan manejar mucho mejor sus horarios y no interfieren con actividades laborales o de otra índole, en este aspecto específicamente nuestro estudio no coincidió con otras series revisadas durante la investigación. Rojas encontró que el 29.8% de sus pacientes era jubilado o pensionado, sin embargo el 54% era desempleados o cesados (2) lo que convierte a los dos grupos en el 83% de pacientes que podía acomodar sus horarios de medicamentos a las actividades diarias, un número superior al nuestro.

La herramienta aplicada constaba de tres preguntas que medían la influencia del médico en la adherencia al tratamiento del paciente, las preguntas 7, 11 y 12, preguntaban al paciente si el médico interactuaba adecuadamente con él y si sentía la confianza suficiente para debatir con el médico si su tratamiento le iba bien, si sentía mejoría o no. Como dato importante podemos ver que sólo el 29% de nuestros pacientes tienen la posibilidad de decidir en conjunto con el doctor el tratamiento a seguir, de la misma forma sólo 11% respondió que siempre o casi siempre pueden discutir con su médico que estrategias seguir para cumplir adecuadamente el tratamiento y el 15 % de los casos respondió que la mayoría de las veces pueden manifestar a su cardiólogo su aceptación o no aceptación del tratamiento indicado.

En un artículo publicado en la Revista Española de Cardiología (1), se identifica un grupo de factores que influyen en la adherencia al tratamiento, entre ellos se destaca los derivados del equipo de salud y se mencionan por ejemplo una prescripción adecuada y la capacidad de comunicación. Un estudio publicado en el año 2000 confirma que cuando existe confianza entre el paciente y su médico es un factor que influye de manera positiva en mantener elevados índices de adherencia al tratamiento (12). Por su parte en 2013 se presentó una investigación en el 11th National Congress of Clinical Psychology donde se concluyó que aquellos pacientes que tenían una mejor comunicación con el médico,

también mejoraban sus estilos de vida, y la adherencia al tratamiento (13). Existen muchos factores que pueden influir en que no siempre la comunicación y la confianza entre el médico y el paciente sean la esperada o la deseada, la carga laboral derivada de la cantidad de paciente que se atienden en nuestra casa de salud atenta contra una atención personalizada, de igual forma en el tiempo que estipulan las normas de atención del IESS, no siempre contribuyen a que la empatía entre el galeno y el paciente sea la adecuada, la lejanía de tiempo entre los turnos médicos es otro elemento que influye de forma negativa así como la poca continuidad con un mismo médico

En cuanto al apoyo de la familia o los amigos, el 28% de los pacientes cumple el tratamiento con supervisión, el resto la mayoría de las veces lo hace sin que nadie este al pendiente del cumplimiento adecuado del tratamiento. Debemos recordar que la mayor parte de nuestros pacientes son de la tercera edad y que tienden en muchas ocasiones a olvidar los horarios, a confundir los nombres de los medicamentos (específicamente el olvido ha sido identificado como causa de mala adherencia al tratamiento en diferentes estudios ubicándolo entre el 22 y el 73% del origen de una mal apego al tratamiento); por tales motivos consideramos que una adecuada supervisión y acompañamiento es un factor muy importante para una correcta adherencia. El apoyo de familiares y cuidadores fue identificado como un factor psicosocial básico para el cumplimiento de la medicación (1). Otros estudios confirman que efectivamente los pacientes que con apoyo familiar tienen una mejor evolución y una mejor adherencia al tratamiento (14) (9).

El objetivo principal de nuestro estudio fue caracterizar la adherencia al tratamiento en paciente con insuficiencia cardíaca (ICC) y su relación con las complicaciones.

En nuestra serie clasificamos la adherencia al tratamiento atendiendo al puntaje obtenido (15) de las respuestas dadas por nuestros pacientes en la encuesta:

- AI: 38-48 puntos
- AIII: 0-17 puntos

- All:18-38 puntos

El efecto de la adherencia al tratamiento se midió por el número de ingresos que tuvieron los pacientes evaluados:

- NI: sin ingresos
- 1I: un ingreso
- 2I: dos ingresos
- 3I: tres ingresos

Se asumió como hipótesis nula que el número de ingresos por complicaciones cardíacas no se vincula con el mayor puntaje en evaluación de la adherencia al tratamiento médico que tuvo el paciente en el periodo evaluado. Los datos obtenidos fueron reflejados en la Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre las respuestas positivas y el número de ingresos

Ingresos	Adherencia			
	AI	AII	AIII	Total
1I	11	10	6	27
2I	4	5	4	13
3I	0	3	5	8
NI	39	10	3	52
Total	54	28	18	100

Fuente: Elaboración propia a partir de Cuestionario e Historia clínica

Después de aplicar una prueba independencia mediante la construcción de una tabla de contingencia con las dos variables cualitativas de interés, y en base a la distribución de frecuencias conjunta observada en esa tabla de contingencia y la frecuencia esperada, que se calculó de acuerdo a la hipótesis nula planteada, se construyó el estadístico Chi-cuadrado para evaluar las diferencias entre ambas. Si la diferencia no era significativa, concluiríamos que las variables son independientes. Caso contrario, podríamos decir que esas dos variables de clasificación están relacionadas o son dependientes. En nuestro caso el estadístico chi-cuadrado para la tabla examinada fue 28,29. Para una chi-cuadrado con 6 grados de libertad, su valor p es 0,0001. Con un nivel de significación del 5% este valor p indica que la hipótesis nula debe rechazarse, el resultado de la prueba chi-cuadrado fue significativo, lo que nos permite

afirmar que si existe relación entre la adherencia al tratamiento y el número de ingresos, que se traduce en peor evolución, peor calidad de vida para el paciente.

En un estudio realizado en 2015 en Brasil, los resultados concuerdan con los obtenidos en nuestra investigación (9). Según los autores los pacientes con mayor adherencia al tratamiento tuvieron una mejor calidad de vida dado por la clase funcional de los pacientes, en este estudio se constató que el tener un adecuado apoyo familiar y un acompañamiento por el equipo de salud, eran aspectos que influían positivamente en la adherencia al tratamiento. Otra investigación realizada en Cuba concluyó de igual forma que el seguimiento inadecuado de los pacientes tiene una influencia negativa sobre el cumplimiento adecuado del tratamiento médico (16). En nuestro estudio los pacientes con menor cantidad de consultas coincidieron, en la mayoría de los casos, con los que más ingresos tuvieron, lo cual tiene una lógica explicación, recibieron menos medicación y por lo tanto el cumplimiento del tratamiento se vio afectado. Otros autores confirman nuestros resultados en sus investigaciones (2) (17).

Utilizando el tarifario de precios establecidos por el IESS para establecer el costo de las consultas, procedimientos, ingresos, medicamentos, insumos, logramos hacer un cálculo aproximado del costo por paciente atendiendo a la severidad y al tipo de atención que recibió.

Tabla 3. Comparación de los costos por paciente de acuerdo a la severidad de la enfermedad y al tipo de atención

Severidad de ICC	Costo por caso (\$)
Costos de hospitalización según grado de severidad	
NYHA I/II	US\$1542
NYHA III/IV	US\$4360
Costos que no son de hospitalización para toda la gente con ICC	
NYHA I/II	US\$160
NYHA III/IV	US\$390

Fuente. Tarifario del IESS 2014

Como se puede ver en la Tabla 3, es mucho más económico mantener a los pacientes compensados. En un estudio que hemos mencionado con anterioridad realizado por Deloitte, se obtuvieron valores similares en cuanto a cuánto cuesta la atención por paciente con insuficiencia cardíaca (6). Existen otros valores en términos de economía que no hemos contemplado pero que tienen un peso importante y son los derivados por el ausentismo y por la incapacidad, este mismo estudio estimó que las pérdidas económicas debido a morbilidad ascendieron a 68 millones de dólares, por mortalidad 25 millones, por ingresos fiscales perdidos 15 millones (6).

Además de los beneficios que le reporta al paciente en cuanto a calidad de vida y disminución de la mortalidad una adecuada adherencia al tratamiento, existe otro factor importante para lograr este objetivo, los gastos que genera la atención y las secuelas de la insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, conformada por 100 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca se aplicó una encuesta que nos permitió conocer que nuestros enfermos en su mayoría cumplen las indicaciones relacionadas con la dieta, no así con las relacionadas al ejercicio físico. De forma mayoritaria nuestros pacientes cumplen siempre o casi siempre con el tratamiento médico indicado cumpliendo tanto con los horarios como con las dosis. Aproximadamente el 50% de los pacientes toma la medicación sin supervisión familiar, mientras que alrededor de dos tercios de los participantes en la investigación dijo que la familia elabora los alimentos de acuerdo a sus necesidades. Los pacientes que tuvieron mayor colaboración por parte de la familia tuvieron mejores resultados en su evolución. La mayor parte de los encuestados consideran que el personal médico no permite un intercambio adecuado sobre el tipo de tratamiento a indicar o la aceptación que tiene el paciente sobre el mismo. Se comprobó que la atención ambulatoria es mucho más económica, lo que representa una disminución ostensible

de los gastos por esta entidad nosológica. Por último, confirmamos que los pacientes con mejor adherencia al tratamiento sufrieron menor número de complicaciones, dadas por la cantidad de ingresos.

REFERENCIAS

1. Conthe, P. & Tejerina, F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiología*. 2007; 7(F): 57F-66F. DOI: 10.1016/S1131-3587(07)75256-1
2. Rojas Sánchez, LZ, Echeverría Correa, L. E. & Camargo Figueroa, F. A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enfermería Global*. 2014, 13(36): 1-19.
3. Haynes, RB, Taylor D. W. & Sackett, D. L. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979: 1-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004.
5. Grosso, P Insuficiencia cardíaca. Buenos Aires: Panamericana. 2015.
6. Deloitte Access Economics. La carga económica de los trastornos cardíacos, en Ecuador 2015. Deloitte Access Economics Pty Ltd ©, 2017. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/ec/es/pages/deloitte-analytics/articles/la-carga-economica-de-las-condiciones-cardiacas.html>.
7. Rodríguez-Artalejo, F., Banegas Banegas, J. R. & Guallar-Castillón, P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 2004, 57(2): 163-70.
8. Farmakis, D., Parissis, J., Lekakis, J. & Filippato, G. Insuficiencia cardíaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Revista Española de Cardiología*. 2015; 68(3): 245-48. DOI: 10.1016/j.recesp.2014.11.009
9. Freitas da Silva, A., Dantas Cavalcanti, A. C., Malta, M., Silva Arruda, C., Thamires, G. Da Fé, A. & Rabelo-Silva, E. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(5): 888-894. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0268.2628>.
10. Girotto, E, Maffei de Andrade, S., Sarria Cabrera, M. & Matsuo, T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2013, 18(6): 1763-1772.
11. Pucci, N, Regina Pereira, M. Botelho Vinholes, D. Pucci, P. & Dellai Campos, M. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*. 2012; 25(4):322-329
12. Simpson S.H., Farris K.B., Johnson J.A. & Tsuyuki K.B. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy*. 2000, 20(7): 823-829.
13. Escolar-Gutiérrez, M, y otros. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual, 2014. Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology. p. 50-55.
14. Chung M.L., Moser D.K., Lennie T.A. & Riegel B. Spouses enhance medication adherence in patients with heart failure. *Circulation*. 2006; 114(18):518.
15. Martín Alfonso, L., Bayarre Veá, H. & Grau Ábalo, J. A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008, 34(1).
16. Triana de la Paz, R., López Casanova, A. & Pérez Alonso, Y. Factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica de la insuficiencia cardíaca en un área de

- salud urbana. *CorSalud*. 2009; 1(4).
17. Chaves-Santiago, W., Rincón, I. A., Bohórquez, H. D., Gámez, L. R., Téllez, J. A. & Villarreal, M. Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca. *Acta Med Colomb*. 2016; 41(4): 243-247.
 18. Hernández-Pinzón, C. & Flórez-Flórez, M. L. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardíaca y las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2017; 24(2): 96-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.001>.